FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE

N° 679

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacqueline RIPOCHE, née RENAULD

Née le 20 Juillet 1921, à Brest (Finistère).

Présentée et soutenue publiquement le ..... 5 JUIL. 1948 ..... 19.

LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA CURE SANATORIALE CHEZ L'ENFANT ATTEINT DE TUBERCULOSE PULMONAIRE

Président : M. DEBRE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

5 JUL 1948

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : **RIPOCHE.**

Nom de jeune fille : **RENAULD.**

Prénom : **Jacqueline.**

Date de soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

RIPOCHE, née RENAULD (Jacqueline). — Les résultats éloignés de la cure sanatoriale chez l'enfant atteint de tuberculose pulmonaire. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 71 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1948, *N°* .....).

RIPOCHE, née RENAULD (Jacqueline). — Les résultats éloignés de la cure sanatoriale chez l'enfant atteint de tuberculose pulmonaire. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 71 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1948, *N°* .....).

RIPOCHE, née RENAULD (Jacqueline). — Les résultats éloignés de la cure sanatoriale chez l'enfant atteint de tuberculose pulmonaire. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 71 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1948, *N°* .....).

RIPOCHE, née RENAULD (Jacqueline). — Les résultats éloignés de la cure sanatoriale chez l'enfant atteint de tuberculose pulmonaire. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 71 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1948, *N°* .....).

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550019_0054

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacqueline RIPOCHE, née RENAULD

Née le 20 Juillet 1921, à Brest (Finistère).

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19.

LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA CURE SANATORIALE CHEZ L'ENFANT ATTEINT DE TUBERCULOSE PULMONAIRE

Président : M. DEBRE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEUVEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. ..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. VELTER.
Clinique ophtalmologique	PORTES.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Charles)
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*),

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ

	MM.
Pathologie chirurgicale	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (J.).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiâtrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale . .	AMELINE. BASSET. DE GAUDART D'ALLAINES. FUNCK-BRENTANO. GATELLIER. MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY. BOULIN. CHEVALLIER. COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES. HAGUENAU. MOLLARET. MOUQUIN. TURPIN.
Clinique obstétricale . .	ECALLE. LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clin. otho-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef . . Dr A. HAHN.

Bibliothécaires . . . . . Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Dont la compréhension et la bonté ont permis ce travail.

A MON ONCLE
LE DOCTEUR JEAN-LOUIS DESCHAMPS

Dont l'affection nous a toujours aidée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. MIGNARD

Qui nous orienta vers ces études et nous encouragea de ses conseils affectueux.

A Monsieur le Professeur DEBRE

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

En très respectueux hommage.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOWYS

Médecin-Directeur du Sanatorium Le Roc des Fiz

Qui nous a suggéré l'idée de ce travail et inlassablement aidé de ses conseils.

Quil veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissence.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COURCOUX

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin Honoraire des Hôpitaux de Paris

Qui nous a fait l'honneur de préfacer ce travail.

En témoignage de notre vive gratitude.

A Monsieur le Docteur RAUTUREAU

Médecin-Directeur du Sanatorium Martel de Janville

A Monsieur le Docteur PIOT

Médecin-Directeur du Sanatorium de Guébriant

A Monsieur le Docteur DAVY

Médecin-Directeur du Sanatorium de Praz-Coutant

A Monsieur le Docteur VAQUETTE

Médecin-Directeur du Sanatorium de la Ravoire

En témoignage de notre reconnaissance pour leur accueil et leurs enseignements durant notre séjour au plateau d'Assy.

Au Docteur DOUADY

Au Docteur LARDANCHET

Dont nous n'oublierons pas la sollicitude et les précieux conseils, pendant cette année passée à Saint-Hilaire du Touvet.

PREFACE

Le Sanatorium du Roc des Fiz, qui sous la direction du Docteur LOWYS occupe une place privilégiée parmi les sanatoriums d'enfants, nous apporte aujourd'hui par la thèse de Madame RIPOCHE un travail de toute première actualité que je suis très heureux de pouvoir présenter aux nombreux médecins et sociologues qui se sont attelés au problème du reclassement du tuberculeux guéri.

Cette fois il s'agit de l'enfant et peut-être plus encore de l'adolescent dont on ne s'est guère occupé jusqu'ici.

L'avenir de ces sujets sortant du sanatorium pour n'être pas aussi immédiat que pour l'adulte, mérite qu'on y veille avec d'autant plus d'attention qu'il s'agit ici d'orienter une vie entière. Problème psychologique et problème médical car on doit sortir les jeunes tuberculeux guéris de l'ambiance d'inactivité dans laquelle ils ont dû vivre, leur donner la certitude qu'ils peuvent et doivent prendre une place dans une vie active et qu'ils seront capables, eux aussi, le moment venu, de gagner leur vie.

Ils le peuvent; les progrès réalisés dans leur traitement nous permettent d'envisager avec confiance et certitude une guérison définitive. Les résultats obtenus au Roc des Fiz nous le prouvent. A ce titre les statistiques que nous donne Madame RIPOCHE sur 450 enfants sont particulièrement encourageantes.

Ces résultats seront encore meilleurs quand le dépistage sera de plus en plus précoce et c'est une première conclusion qu'on ne saurait trop offrir à l'attention des médecins qui ont maintenant à leur disposition tous les moyens de poser des diagnostics en temps utile.

Le séjour en sanatorium marque ici son utilité primordiale non seulement pour la cure qui doit aboutir à la guérison mais pour l'avenir même du malade.

Une première période de repos strict avec la thérapeutique associée sera plus ou moins longue suivant l'état du sujet.

C'est la phase strictement médicale.

Une seconde période se précisera peu à peu c'est celle où apparaît la possibilité d'engager le jeune malade dans une certaine activité intellectuelle qui l'empêchera, comme nous en voyons encore trop d'exemples, de se fixer dans une ignorance quasi totale. Les méthodes actuelles permettent sans fatigue et sans troubler en rien la discipline de la cure, non seulement de maintenir le bagage intellectuel déjà acquis, mais de le faire progresser.

Une troisième période que nous pourrions appeler de convalescence, est celle où le réentraînement physique et intellectuel doivent aller de pair. Les études un peu plus poussées doivent être inscrites dans l'emploi du temps au sanatorium.

Déjà à ce moment, chez l'adolescent surtout, à partir de 14, 15 ans, sur le fond des études de base doit s'esquisser et parfois se préciser l'avenir du sujet. Ici intervient l'orientation, chose délicate qui demande des guides particulièrement avertis, beaucoup de doigté et de psychologie. Car dans la grande majorité des cas il ne s'agit encore que de projets mais qui pourront être aidés et affermis par une culture théorique qu'il faudra savoir adapter à chaque cas particulier.

Mais le but est atteint, le jeune sujet est sorti de cette sorte d'inadaptation intellectuelle et sociale dont on ne s'est pas encore assez préoccupé. Il faut en féliciter l'équipe médico-sociale du Roc des Fiz.

Que vont devenir ces tuberculeux guéris, à la sortie du sanatorium ? Un certain nombre rentrent dans leur famille, c'est un gros aléa pour leur avenir professionnel laissé souvent un peu au hasard. D'autres espèrent trouver une maison dite de repos, dans l'espoir de reprendre progressivement un peu plus d'activité, tout en étant médicalement surveillés. C'est alors la demande d'entrée dans les aériums et préventoriums, dont ceux-ci doivent se défendre strictement. D'ailleurs des règlements ministériels délimitent bien la catégorie des sujets qui doivent être admis dans ces établissements. Règlements qu'on essaye encore trop souvent de tourner.

Aucun de ces établissements n'est habilité à recevoir des tuberculeux guéris sortant du sanatorium.

Des maisons de post-cure doivent être organisées pour ces jeunes sujets. C'est là, où en se réentraînant physiquement, ils trouveront sous une direction médico-technique les possibilités d'une orientation bien étudiée et d'une adaptation progressive vers une profession. Ces créations de maisons de post-cure doivent entrer dès maintenant dans notre armement antituberculeux. Elles n'existent pas encore, aussi il faut savoir gré à Madame RIPOCHE d'en avoir posé les principes directeurs et d'en avoir fait une excellente étude, en nous donnant déjà des indications précieuses sur les métiers exercés par les anciens malades. Il faut reconnaître que dans nos projets d'adaptation et de réadaptation des tuberculeux guéris — sauf en ce qui concerne les élèves des Lycées et Collèges —, nous

n'avions pas encore abordé le problème des jeunes. Nous y penserons certainement et c'est le meilleur hommage qu'on puisse rendre à l'auteur de cette thèse qui marque ainsi son actuelle utilité.

A. Courcoux
de l'Académie de Médecine

INTRODUCTION

« Guéri... je travaille », telle est l'affirmation que porte en exergue la vignette du timbre antituberculeux de cette année. L'album du philatéliste nous a déjà montré ces images d'enfants s'ébattant dans la campagne et de fenêtres ouvertes sur un ciel bleu. Il ne s'agit plus aujourd'hui d'air pur et le soleil, mais du menuisier maniant son rabot, et cette perspective nouvelle marque bien l'évolution des idées sur la réintégration dans la société de cette catégorie de malade.

Combien nous apparaît alors périmée cette opinion d'un médecin que rapportent dans les « Archives de Médecine Sociale » (n° 9, 1945), LECLERCQ, CHRISTIAENS et TISSI : « La récupération sociale du tuberculeux est une erreur et tout tuberculeux consolidé doit être doté d'une pension ».

Cependant, si, chez l'adulte, les résultats éloignés de la cure sanatoriale et le problème de la réadaptation sont des questions à l'ordre du jour, l'incidence particulière qu'elles revêtent chez l'enfant reste encore assez mal connue.

Atteints à un âge où ils ne représentent qu'un potentiel de travail pour la société, placés en préventorium ou isolés dans un établissement d'adultes, il en est peu qui bénéficient d'une organisation et d'un milieu adaptés à leur âge et à leurs besoins.

Quant à connaître les résultats éloignés de la cure, bien peu de documents à notre connaissance nous l'apprennent et c'est pourquoi nous avons tenté ce travail.

Mais cette première étape franchie, ces résultats connus, de quels facteurs dépendent-ils et enfin dans quelle mesure pouvons-nous les modifier; tels sont les deux autres aspects de la question, ceux dont la mise en lumière pourra permettre l'adoption de mesures efficaces propres à sauvegarder le « capital humain », si précieux dans un pays comme le nôtre.

Le Sanatorium Le Roc des Fiz appartient au groupe des Villages Sanatorium de Haute Altitude et il est situé un peu au-dessus du plateau d'Assy, dans la station climatique de cure de Passy, en Haute-Savoie.

Réservé aux enfants atteints de tuberculose pulmonaires âgés de 5 à 14 ans, il comporte 160 lits, également partagés entre filles et garçons.

Du mois de mars 1932 au 31 décembre 1944, 1.707 sujets y furent admis, mais beaucoup de cas n'ont pas été retenus : ceux dont l'image thoracique normale témoignait d'une erreur de diagnostic, les simples bronchectasiques, ceux dont la cure n'atteignit pas six mois et, enfin, les phtisiques incurables qui sont morts au sanatorium ou dans les mois qui suivirent leur départ. En outre, nous avons volontairement arrêté notre statistique au 1er janvier 1945, pour disposer d'un recul d'au moins trois ans.

Cette première sélection opérée, le nombre des dossiers examinés s'élève à 838. Mais il n'a pas été possible d'avoir des nouvelles d'un grand nombre de ces anciens malades, qui ont quitté le sanatorium depuis un laps de temps variant de 15 à 3 ans. Malgré l'envoi d'un questionnaire détaillé, malgré des lettres aux médecins ou aux dispensaires, le chiffre des réponses n'a été que de 450. Ces cas comprennent évidemment des lésions variées, qu'il s'agisse du complexe ganglio-pulmonaire initial, de spléno-pneumonie, de pleurésie et de séquelles pleuro-pulmonaires, de petits infiltrats homogènes, de lésions de type tertiaire, ulcérées, fibreuses ou associant ces deux formes.

Le résultat immédiat est bon, après une période de cure qui varie de six mois à trois ans. Les adénopathies

trachéo-bronchiques ont régressé, s'effaçant complètement ou ne laissant qu'une zone calcifiée; l'opacité dense et étendue de la spléno-pneumonie a disparu; une pleurésie même importante ne laisse aucune trace ou émousse seulement un cul-de-sac costo-diaphragmatique; on note aussi un bon résultat, peut-être moins constant, pour des malades plus sérieusement atteints qui ont généralement subi une collapsothérapie : pneumothorax intra-pleural, phrénicectomie, pneumothorax extra-pleural ou thoracoplastie.

Si un résultat analogue ou sensiblement comparable a pu être obtenu chez des tuberculeux divers par l'âge, le sexe, le milieu social, le caractère des lésions ou la thérapeutique employée, c'est qu'ils ont été plus ou moins longtemps soumis à un genre de vie uniforme. Il n'en est plus de même après le départ du sanatorium et, à côté des facteurs individuels, somatiques, interviennent des éléments familiaux et sociaux; c'est d'eux que dépendra en grande partie le maintien et la consolidation du bon résultat ou la rechute, qu'elle soit bénigne, grave ou irrémédiable.

Pour affirmer la guérison d'une lésion tuberculeuse, l'épreuve du temps et du travail restent les plus probantes. Examinons donc d'une façon détaillée comment les différents malades se sont comportés devant ces deux facteurs.

PREMIERE PARTIE

ETUDE STATISTIQUE DES RESULTATS

L'étude de ces cas est divisée en sept groupes, qui sont les formes pleuro-pulmonaires, ganglio-pulmonaires et pulmonaires; celles-ci se subdivisent ainsi : infiltrat localisé, opacité homogène à type d'épituberculose, cavité isolée, formes fibro-caséeuses, lésions fibreuses et calcifiantes, formes micro-nodulaires.

Cette classification, très arbitraire au point de vue anatomo-pathologique, correspond néanmoins à des types cliniques et radiologiques déterminés et elle permet de grouper l'ensemble des formes rencontrées en phtisiologie infantile.

a) *Résultats éloignés dans les formes pleuro-pulmonaires :*

Nous entendons par là, les malades atteints de pleurésie séro-fibrineuse seule ou associée à une atteinte pulmonaire légère en excluant toutes les complications pleurales qui surviennent au cours de l'évolution d'une forme tertiaire ancienne. Les pleurésies purulentes tuberculeuses d'apparence primitive, sont laissées de côté car nous n'en avons sur ces 400 cas, rencontré aucune.

Sur 59 pleurétiques :

54 mènent une vie normale,
4 ont rechuté,
1 décédé.

Nous avons classé dans le tableau ci-joint les professions qu'ils exercent actuellement, mais un certain nombre d'entre eux n'ayant répondu que trop évasivement sur ce point précis, ils seront classés sous la rubrique « activité normale ».

Sur ces 59 cas, nous trouvons :

Ouvriers manuels ruraux	2
Ouvriers manuels urbains	17
Sédentaires, employés de bureau	8
Intellectuels	4
Femmes mariées, ménagères	5
Etudes	6
Activité normale	9

Résumons les observations de quelques-unes de ces rechutes :

OBS. 477. — J. B., 12 ans. Pleurésie gauche en 1932. A continué ses études sans mise au repos. En 1935, rechute avec infiltration du lobe supérieur gauche. Le pneumothorax étant irréalisable, on pratique deux temps de thoracoplastie en 1937. En 1947, état stabilisé, emploi de secrétaire au sanatorium.

OBS. 605. — P. V., 14 ans. Pleurésie droite en 1932. Convalescence non surveillée. Trois ans après, rechute : lésions ulcérées du lobe supérieur droit. Pneumothorax irréalisable, bilatéralisation et décès.

OBS. 618. — A. B., 11 ans. Pleurésie gauche en 1936 et fines lésions nodulaires droites. Cure sanatoriale de 1936 à 1938. En 1944, entre dans le maquis de l'Yonne, combattant de jour et montant la garde dans les bois pendant la nuit. Six mois de

service militaire dans un groupe motorisé. Revient à Paris en 1945 et se fatigue, travaillant dans la métallurgie. En 1946, grave rechute avec lésions ulcérées bilatérales, sous-plèvres symphysées. Un pneumothorax extra-pleural est envisagé en 1947.

Chez ces malades qui reprennent prématurément leur activité après la pleurésie, un délai plus ou moins long s'écoule entre l'incident pleural et la rechute sans que rien, dans l'intervalle, ait attiré l'attention.

Contrastant avec ces rechutes, voici une autre observation qui témoigne de la solide résistance naturelle attestée par certains sujets :

OBS. 659. — A. F., 13 ans. Arrive au Roc des Fiz en 1936, avec des lésions pleuro-pulmonaires gauches et un pneumothorax spontané. Après un an de cure, seules subsistent des séquelles pleurales. Comme Alsacien, il est incorporé en 1940 dans l'armée allemande et il passe un an sur le front de Russie. En 1947, il va très bien et travaille comme mécanicien.

La localisation pleurale n'est pas toujours la seule et, dans 8 cas, on relève :

2 atteintes du péritoine,
2 adénites cervicales,
2 spina-ventosa,
2 maux de Pott.

Ces localisations n'ont pas aggravé le pronostic. Transférés dans un établissement spécialisé en héliothérapie, tel que Odeillo et les Escaldes (nous reviendrons sur la coordination nécessaire avec ces établissements), des malades en sortent transformés, et l'on reconnaît à peine dans ces adolescents, à la mine épanouie et bronzée par le soleil, l'enfant chétif et triste qu'un mal de Pott avait tenu en dehors des jeux de ses camarades.

b) *Résultats éloignés dans les formes ganglio-pulmonaires :*

Sur 59 cas :

58 mènent une vie normale,
1 seul a rechuté.

Ouvriers manuels ruraux	3
Ouvriers manuels urbains	4
Sédentaires, employés de bureau ..	19
Intellectuels	2
Femmes mariées, ménagères	0
Etudes	25
Activité normale	6

La proportion élevée de ceux qui poursuivent leurs études est due au fait que ces formes bénignes, très rares dans les premières années, deviennent progressivement plus fréquentes.

Le bon pronostic de ces formes est déjà connu. Les séquelles radiologiques sont le plus souvent inapparentes et, sur le questionnaire envoyé, il nous est généralement répondu que l'image thoracique est normale. Témoin, cette observation :

OBS. 154. — A. L., 14 ans. Entre au Roc des Fiz en 1940, avec un complexe ganglio-pulmonaire droit et une adénopathie prélaryngée qui se fistulise et dont le pus est bacillaire. En 1941, poussée pleuro-pulmonaire droite et conjonctivite phlycténulaire. Prend le maquis, en 1943, après s'être évadé d'Allemagne où il était envoyé comme travailleur. En 1945, service militaire à l'Ecole de Montagne de Chamonix, comme chasseur alpin (ski, tirs, escalades). Il finit son service militaire, en 1948, comme sous-officier.

c) *Résultats éloignés dans les opacités homogènes :*

Cet aspect radiologique spécial à l'enfant se rencontre fréquemment et des travaux récents de pathologie bronchique commencent à en éclaircir l'étiologie. Leur bénignité et la lenteur de leur régression sont caractéristiques.

Sur 25 cas :

25 bons résultats.

Ouvriers manuels ruraux	1
Ouvriers manuels urbains	8
Sédentaires, employés de bureau ..	2
Intellectuels	4
Femmes mariées, ménagères	0
Etudes	5
Activité normale	5

L'un d'entre eux a été soumis à une dure épreuve.

OBS. 369. — R.., 12 ans. Entre au Roc des Fiz en 1934, pour une opacité homogène du lobe moyen droit. Après un an de cure, reprend son activité. En 1943, supporte plusieurs mois de déportation en Allemagne, dont il revient sans aucune modification de son état pulmonaire. En 1947, va très bien ; projets de mariage.

d) *Résultats éloignés dans les petits infiltrats :*

D'aspect homogène, souvent localisés dans la partie moyenne du champ pulmonaire, ils prêtent à des confusions multiples : leur existence est méconnue quand le film n'est pas pris dans des conditions techniques impeccables ; inversement, un tel diagnostic est parfois porté en présence d'ombres hilaires plus ou moins accentuées

et un grand choix de termes imagés cachera l'incertitude du diagnostic. L'évolution dépend pour une large part de la rigueur et de la durée de la cure.

Sur 142 cas :

139 bons résultats,
1 rechute,
2 décès.

Ouvriers manuels ruraux	13
Ouvriers manuels urbains	40
Sédentaires, employés de bureau ..	22
Intellectuels	6
Femmes mariées, ménagères	5
Etudes	33
Activité normale	20

OBS. 362. — M. P., 11 ans. A l'entrée au sanatorium, en 1934, infiltrat juxta-hilaire droit; guérison apparente. En 1940, après surmenage scolaire à Paris, lésions ulcérées du lobe supérieur droit, pneumothorax impossible à réaliser, aggravation et décès.

OBS. 933. — L. S., 12 ans. Présente un infiltrat juxta-scissural droit en 1938. Rechute en 1944 : deux cavernes à la base droite; pneumothorax et phrénicectomie. En 1947, mène la vie de famille.

Malgré ces quelques exceptions, le résultat se montre donc excellent.

e) *Résultats éloignés dans le cas de cavernes isolées :*

Ces lésions sont entourées par un parenchyme d'apparence saine, leur taille varie de celle d'une noix à une orange et elles donnent souvent le minimum de signes cliniques. Nous en relevons 18 cas dont l'évolution ultérieure fut la suivante :

13 bons résultats,
5 résultats médiocres,
aucun décès.

OBS. 757. — P. B., 15 ans. Grosse cavité du lobe supérieur gauche en 1937, traitée par pneumothorax, section de brides au Roc des Fiz, excellent résultat. En 1947, pneumothorax abandonné, mariée, va très bien.

OBS. 601. — R. T., 14 ans. Au Roc des Fiz, de 1936 à 1937, pour une petite caverne du sommet droit longtemps bacillaire ; simple cure d'air et de repos. Etudes de droit. En 1947, travaille normalement comme clerc de notaire dans une grande ville du Sud-Ouest.

OBS. 866. — M.-A. C., 12 ans. En 1936, cavité para-hilaire gauche traitée au Roc des Fiz par un pneumothorax suivi d'une phrénicectomie. Très bon résultat. Va se marier.

OBS. 872. — J.-L. H., 15 ans. Irido-cyclite tuberculeuse qui nécessite l'énucléation péritonite bacillaire et caverne du lobe supérieur droit en 1937. Pneumothorax irréalisable. La cure très stricte amène la régression des lésions. En 1946 se marie. En 1947, couturière, va très bien.

OBS. 930. — P. M., 14 ans. Pneumothorax droit efficace créé en 1938 pour une petite caverne sous-claviculaire externe droite. Durant la guerre s'engage, malgré son jeune âge, dans la Résistance. Accomplit de nombreux parachutages pour assurer les liaisons avec l'Angleterre et franchit une douzaine de fois la frontière d'Espagne. Volontaire pour toutes les missions dangereuses. Tué en août 1944 d'une balle au front lors de la Libération de Paris.

OBS. 1.008. — R. M., 11 ans. En 1938, petite cavité isolée du lobe inférieur droit. Un pneumothorax. Une phrénicectomie. Mais une caverne apparaît à gauche et nécessite un deuxième collap-

sus. Le malade quitte le Roc des Fiz encore fragile et, en 1944, une caverne apparaît dans le moignon pulmonaire gauche, pleuroscopie qui montre l'existence d'une adhérence qui, sectionnée, fait disparaître la cavité. En 1947, va très bien. Est à l'Ecole de Réadaptation de la Passerane.

OBS. 1.189. — R. G., 11 ans. En 1940, grosse cavité du lobe inférieur droit. Un pneumothorax complété par section de brides. Une phrénicectomie. Mène une vie fatigante. Rechute. Nécessité d'une deuxième section de brides. Reprend un travail plus adapté à son état : préparateur en pharmacie et va bien.

OBS. 1.710. — J. G., 8 ans. En 1944, grosse caverne du lobe inférieur gauche traitée par pneumothorax. Liquide, menace de symphyse oléothorax de substitution. Rentre chez elle encore fragile. En 1947, revue à la consultation du Retour du Roc : image thoracique normale avec calcification.

OBS. 1.697. — J. C. En 1943, une caverne de la base droite traitée par pneumothorax. Bon résultat. Va très bien en 1947.

OBS. 1.720. — F. W., 13 ans. Grosse cavité du sommet gauche en 1943. Création d'un pneumothorax en 1947. Va très bien.

OBS. 1.482. — A. L., 12 ans. Caverne du lobe inférieur droit. Création d'un pneumothorax rapidement efficace. En 1947, va très bien, vendeuse dans un magasin.

Nous pouvons donc faire le tableau de l'activité de ces malades dont les résultats de la cure sont excellents.

Ouvriers manuels ruraux	1
Ouvriers manuels urbains	1
Sédentaires, employés de bureau	4
Intellectuels	0
Femmes mariées, ménagères	1
Etudes	3
Activité normale	3

Mais nous devons aussi faire mention des résultats médiocres :

OBS. 326. — F. D., 13 ans. Grosse cavité en 1934. Création d'un pneumothorax. En 1947, mène une vie qui demande encore beaucoup de ménagements.

OBS. 350. — J. V., 11 ans. Caverne du lobe inférieur droit. En 1934, création d'un pneumothorax. Rentre chez lui, vie de famille. En 1943, poussée à gauche. Deuxième collapsus. En 1944, nécessité d'une thoracoplastie en trois temps. Spléotomie en 1947. Résultat médiocre. Malade à surveiller.

OBS. 156. — R. V., 12 ans. Cavité du poumon gauche en 1935. La cure stricte en amène la régression, mais pendant la guerre, surmenage, logement insuffisant : lit pliant dans une véranda exposée à tous les changements de température. Rechute à gauche puis infiltration à droite. Reprise de cure sanatoriale. Création d'un pneumothorax inefficace. Probabilité d'une atteinte rénale, on envisage un pneumothorax extra-pleural.

OBS. 459. — P. T., 13 ans. Cavité du poumon droit en 1934. Création d'un pneumothorax entretenu jusqu'en 1938, puis abandonné. Reprise du travail. En 1939, rechute à droite et infiltrat para-hilaire gauche suivie de pleurésie et création d'une pleuro-séreuse gauche qui se symphyse au bout de quatre mois. Nouvelle cure sanatoriale à Praz-Coutant. Ulcération sous-claviculaire gauche et poussée évolutive à droite en 1943. Pneumothorax droit impossible à reprendre. Fléchissement de l'état général et repos en plaine. En fin 1943, collapsothérapie chirurgicale impossible. En altitude. Se repose en plaine.

OBS. 387. — M. T., 11 ans. Cavité à droite traitée par pneumothorax. Une infiltration à gauche nécessite un deuxième collapsus. Très bon résultat. Mais, en 1940, un changement de médecin amène au cours d'une insufflation, le décès.

f) *Résultats éloignés dans le cas de lésions fibro-caséeuses :*

Sur 137 cas :

89 bons résultats,
8 résultats médiocres,
10 rechutes,
30 décès.

Ouvriers manuels ruraux	2
Ouvriers manuels urbains	23
Sédentaires, employés de bureau	27
Intellectuels	2
Femmes mariées, ménagères	11
Etudes	7
Activité normale	18

Si le nombre des bons résultats est élevé, l'étude des causes des décès et des rechutes apporte d'utiles enseignements :

OBS. 123. — M. C., 15 ans. Arrive au Roc des Fiz, en 1932, pour une infiltration du poumon droit. Guérison apparente jusqu'en 1939, travaille dans une usine de guerre. Tous les jours, il accomplit une vingtaine de kilomètres à pied et, les dimanches, passe la journée au soleil pour pêcher à la ligne. Rechute et décès en 1940.

OBS. 248. — G., 15 ans. Au Roc des Fiz, en 1933, pour une infiltration diffuse des deux champs pulmonaires prédominant à gauche ; pneumothorax et section de brides en 1933-1934, abandon du pneumothorax en 1936. Travaille comme éducateur au sanatorium, se surmène, et les lésions droites s'aggravent. Se repose chez lui, lorsqu'il est évacué sur Tours, en juin 1940, dans les conditions qui se conçoivent ; hémoptysie le soir même de son arrivée et décès.

OBS. 594. — J. G., 13 ans. Entre au sanatorium, en 1936, pour une infiltration déjà ancienne et excavée du lobe supérieur droit,

sous-plèvres symphysées; les lésions régressent. Revenu chez lui, le sujet reprend trop tôt ses cours dans une école commerciale, « grippe » en 1941, l'évolution reprend son cours et mort en 1942, après une hémoptysie.

OBS. 678. — R. B., 14 ans. Au Sanatorium, en 1936, pour infiltration bilatérale en voie de calcification; localisation épidydimaire. Simple cure, benzoate de soude intra-veineux, sels d'or. Guérison apparente, mais, en retour en famille, en 1939, il mène une vie fatigante avec sorties nombreuses et sports variés. A la suite d'une grippe, poussée évolutive et décès en 1945.

Il serait fastidieux de relater ainsi toutes ces observations qui se présentent de façon comparable : les lésions ne sont que tardivement découvertes, une longue et stricte cure sanatoriale les stabilise, la reprise précipitée d'une vie active entraîne une poussée évolutive et le décès survient. Mais d'autres éléments de troubles peuvent intervenir :

OBS. 496. — G.-M. R., 10 ans. Tombe malade et, en février 1935, un départ en préventorium est proposé. L'état s'aggrave et on conseille le placement en sanatorium; les formalités étant trop longues, l'enfant est hospitalisé. Le dossier voulu ne se constitue que lentement, les assurances sociales oublient de demander au père la participation pour les frais de séjour et nous voici en juin; à ce moment, l'enfant est examiné fortuitement par le médecin-directeur du Roc des Fiz et le placement est aussitôt réalisé. Il est trop tard; une lobite supérieure droite ulcérée et un gros infiltrat hilaire gauche évoluent et le décès survient en mars 1936.

OBS. 942. — C. P., 15 ans. Présente, en 1938, un reliquat d'infiltration lobaire supérieur gauche, sous-pneumothorax efficace. A son retour en famille, les conditions de vie sont misérables, dans une baraque de la zone et les parents négligent de conduire chaque semaine l'enfant au dispensaire pour ses insufflations;

l'assistante sociale du quartier doit chaque fois aller la chercher. La mort survient en 1944.

Le dénouement n'est pas toujours fatal et un heureux changement de vie peut amener un bon résultat. Témoin cet extrait d'une lettre adressée par un ancien malade au Médecin-Directeur du Roc des Fiz :

« J'ai fait mes débuts chez un opticien dans la petite mécanique, mais cela ne me convenait pas du tout : petit atelier sans air et sans soleil, à la lumière électrique. Puis je suis devenu garçon de courses chez un fleuriste et j'étais continuellement dehors, j'ai rechuté. Enfin, j'ai maintenant un place d'aide-préparateur dans une pharmacie et cela va mieux ».

Pour être complet, nous devrons ajouter les résultats de deux formes plus rares : fibreuses et calcifiantes d'une part, micro-nodulaires d'autre part.

g) *Résultats éloignés*
dans les formes purement fibreuses et calcifiantes :

Sur 10 cas :

9 bons résultats,
1 rechute suivie de décès.

Ouvriers manuels ruraux	0
Ouvriers manuels urbains	3
Sédentaires, employés de bureau	1
Intellectuels	1
Femmes mariées, ménagères	1
Etudes	1
Activité normale	3

Voici quelques observations :

OBS. 520. — M. M., 14 ans. Fibro-thorax gauche. Cure au Roc des Fiz, en 1935, puis transfert au sanatorium de Villepinte,

où elle revient avec un pneumothorax abandonné. En 1947, va bien. Revue à la consultation du Retour du Roc, est femme de ménage.

OBS. 842. — H. D., 12 ans. En 1936, présente de grosses calcifications sur les deux champs pulmonaires. Localisation intestinale. Fait trois séjours au Roc des Fiz. En 1940, suit ses classes. En 1947, mariée. Deux enfants. Vie normale.

OBS. 1.221. — L. C., 11 ans. En 1940, lésions fibreuses diffuses des deux champs pulmonaires. Régression très lente. Quatre ans de cure au Roc, puis trois ans à Villepinte. En 1947, va très bien, prépare le brevet élémentaire.

OBS. 612. — C., 13 ans. Lésions fibreuses discrètes du sommet droit en 1935. Deux ans de cure simple. Part amélioré mais a repris trop tôt son travail. Rechute sous forme d'une poussée bilatérale et décès en 1937.

h) *Résultats éloignés dans les formes micro-nodulaires :*

Sur 4 cas :

3 bons résultats,
1 décès.

OBS. 920. — E. B., 11 ans. En 1938, semis micro-nodulaire bilatéral ; cure simple. En 1947, va bien ; suit des cours dans une école commerciale.

OBS. 1.295. — R. R., 3 ans 1/2. Virage de la cuti-réaction à l'âge d'un an, au contact de son père, mort, peu de temps après, de tuberculose. A 3 ans 1/2, un semis micro-nodulaire accompagné d'une adénopathie le conduit au Roc des Fiz ; spina-ventosa et abcès froid rectal. En 1947, image thoracique normale.

Nous n'avons malheureusement pas assez de renseignements sur le malade suivant :

OBS. 929. — M. V., 14 ans 1/2. Lésions micro-nodulaires bilatérales en 1938. Création d'un pneumothorax droit. En 1942, va bien, pneumothorax entretenu. Décès en 1946.

DEUXIEME PARTIE

RECHERCHE DES FACTEURS QUI INFLUENT SUR LES RESULTATS

Parvenu, si l'on peut dire, au dernier maillon de la chaîne, le bon ou le mauvais résultat de la cure sanatoriale, nous pouvons maintenant remonter jusqu'aux premiers et les examiner un à un, c'est-à-dire les éléments qui interviennent avant l'arrivée au sanatorium, pendant la cure et après celle-ci, en les suivant dans leur ordre chronologique.

a) Avant l'arrivée au sanatorium.

1) Le premier élément, et il paraît évident, est *la nécessité du dépistage précoce.* La statistique ci-jointe montrera les modifications du recrutement sanatorial des années 1932 à 1944.

Nombre de cas examinés : 838.

Le nombre des cas dépistés à l'école, à peu près nul jusqu'en 1939, augmente donc progressivement et une nouvelle statistique, portant sur ces toutes dernières années, fournirait un chiffre plus élevé.

Années	Dispensaire	Hôpital	Médecin privé	Dépistage scolaire	Dépistage familial
1932	11	2	1	0	0
1933	14	6	6	1	1
1934	24	16	24	0	0
1935	43	20	30	0	3
1936	25	8	33	0	6
1937	24	11	29	1	5
1938	19	14	45	1	10
1939	19	8	29	4	6
1940	21	9	21	1	7
1941	25	15	32	4	21
1942	20	15	37	5	15
1943	3	5	14	3	7
1944	11	13	25	8	4
	259	142	336	28	83

Faut-il imputer au dépistage précoce cet abaissement considérable des formes graves bilatérales et évolutives, puisque 21 malades de ce genre furent admis en 1937 au lieu de 9 en 1945 ? Nous le pensons, en admettant aussi que les praticiens savent mieux désormais la nécessité de soumettre au repos complet tout enfant atteint de tuberculose, de le soustraire aux surinfections familiales et de faire appel, le cas échéant, à la collapsothérapie précoce sans s'attarder à d'illusoires médications.

2) A côté du recrutement, *les conditions de vie des enfants* jouent-elles aussi leur rôle ? Il est difficile de les apprécier toutes et nous nous sommes borné à n'en étudier qu'une, peut-être la plus fidèle, le *logement*. Il eut été intéressant de mener sur ce point une enquête

du type de celle de Paul VOISIN (1), dont le classement en : « Valeur abri, valeur foyer, valeur sociale et valeur luxe » définit de façon précise une habitation et, en conséquence, mesure bien le niveau de vie de ses occupants. Mais la brièveté ou l'imprécision des réponses fournies par le questionnaire social ne nous ont permis qu'une classification approximative, en logement de bonne ou de mauvaise qualité.

Sera-t-il permis, en passant, de formuler un vœu ?

La comparaison des renseignements trop succincts et souvent inexistants fournis par les questionnaires d'admission ne fait que mieux ressortir la netteté et la précision des imprimés qui accompagnèrent le dossier d'un jeune Alsacien, placé au Roc des Fiz pendant l'occupation. Les multiples réponses étaient d'une lisibilité parfaite, étant entièrement tapées à la machine. De plus, une feuille quadrillée permettait d'y tracer exactement le plan et l'aménagement de l'appartement, chaque carré représentant une étendue d'un mètre carré.

Quoi qu'il en soit, l'étude de nos observations n'a pas permis de découvrir un rapport entre l'éclosion de la tuberculose et la forme qu'elle affecte d'une part, les conditions de vie d'autre part. Celles-ci joueront au contraire un grand rôle au moment de la sortie du sanatorium, comme nous le verrons plus loin.

b) A L'ARRIVÉE AU SANATORIUM.

L'état général, l'âge des lésions, leur étendue et leur tendance évolutive modifient le pronostic. Ce sont là des données banales et mieux vaut étudier trois autres facteurs.

---

(1) Une politique de l'habitat. « Economie et Humanisme. »

1) *L'influence de l'âge* du sujet ne joue pas chez les garçons un rôle déterminant, et la raison en est simple. La limite d'âge maximum pour l'admission au Roc des Fiz est de 14 ans, donc avant que la puberté masculine ne se soit complètement établie. La fille est « formée » plus précocement, et c'est pourquoi les formes graves de la tuberculose, dans nos observations, se rencontrent bien plus souvent dans le sexe féminin.

Sur 79 cas de filles en période pubère :

20 présentent des formes légères du type primo-secondaire

et 59 des formes fibro-caséeuses.

2) *La durée de la cure* oscille entre 6 mois et 3 ans. Dans ce dernier cas, interviennent parfois des considérations aussi bien sociales que médicales : l'impossibilité pour le jeune malade de trouver chez lui des conditions matérielles de bien-être qui lui sont encore indispensables, et surtout l'absence d'établissements spécialisés dans la post-cure. Ne serait-ce pas en effet compromettre gravement sa guérison que de remettre en circulation un sujet traité par un pneumothorax récent, ou atteint de lésions pulmonaires, stabilisé en apparence seulement ?

On peut dire qu'un an de cure suffit dans les cas légers, mais que deux ou trois au moins sont nécessaires dans les formes sérieuses, pour obtenir un résultat durable.

3) En plus de la simple cure hygiéno-diététique, intervient la *collapsothérapie* dans les formes graves et bacillifères. Nous connaissons déjà le résultat brut de ces formes groupées plus haut sous les rubriques « cavités isolées et lésions fibro-caséeuses ». Examinons-les maintenant sous l'angle des différentes méthodes de collapsothérapie qui leur ont été appliquées.

pneumothorax unilatéral,
pneumothorax et une intervention sur le nerf phrénique,
phrénicectomie,
pneumothorax bilatéral,
alcoolisation des espaces intercostaux,
collapsothérapies associées.

I. — PNEUMOTHORAX UNILATERAL

Sur 41 cas :

28 bons résultats,
1 médiocre,
0 mauvais,
4 rechutes,
8 décès.

Le seul résultat médiocre est dû à une complication rare chez l'enfant, la pleurésie.

OBS. 795. — L. S., 13 ans. Pneumothorax créé en 1937, pour des lésions fibro-caséeuses du poumon gauche. Epanchement pleural bacillifère. Symphyse consécutive. Actuellement, la malade n'est plus bacillaire, mais son état de santé reste médiocre. Elle se borne à aider ses parents dans leur boulangerie.

Les 4 rechutes sont dues à une bilatéralisation des lésions et parfois imputables à la négligence du malade comme en témoignent les deux observations suivantes :

OBS. 573. — R. M., 15 ans. Lésions ulcéro-fibreuses des deux lobes supérieurs, plus marquées à droite, qui régressent mais restent bacillifères pendant la cure au Roc des Fiz de décembre 1935 à juillet 1937. Reprise d'un travail manuel à Annemasse (boucher et boulanger). Rechute gauche en 1940. Pneumothorax complété par section de brides. Guérison apparente. Travaille

comme employé de sanatorium à Passy, mais abandonne son pneumothorax gauche par négligence, en 1942. Au début de 1944, entre dans le maquis et s'engage dans les F. F. I. En 1945, fatigué par une scarlatine. Découverte radiologique fortuite d'une rechute, à gauche. Nouvelle cure sanatoriale au Mont-Blanc. Belles régressions locales et disparition des bacilles. Actuellement, en cure libre à Passy. Marié et père de famille.

OBS. 855. — A. R., 11 ans. Entre au sanatorium, en 1937, pour une ancienne lobite supérieure gauche excavée. Le pneumothorax reste partiel, malgré une section de brides et le malade quitte le Roc des Fiz, amélioré, mais encore bacillaire en 1941. En 1943, apparemment guéri, il travaille comme contre-maître dans les Ponts-et-Chaussées, se surmène et s'expose au soleil d'autant plus qu'il se livre au fauchage des foins dans une ferme. Poussée pulmonaire droite. En 1946, a repris une vie normale.

OBS. 1.001. — J. M., 14 ans, arrive au Roc des Fiz, en 1938, avec une infiltration récente du lobe supérieur droit, traitée par pneumothorax et complétée par une section de brides. Guérison apparente, mais vit dans des conditions difficiles à Nantes. En 1941, poussée à gauche et création d'un deuxième pneumothorax, ils sont abandonnés, en 1947, et le mariage est envisagé.

Nous devons souligner que sur les 8 décès, 4 sont survenus chez des sujets très gravement atteints dont les lésions anciennes avaient été méconnues depuis parfois trois ans. Mais à côté de ces mauvais résultats, nous avons noté 28 guérisons.

Ouvriers manuels ruraux	0
Ouvriers manuels urbains	4
Sédentaires, employés de bureau	6
Intellectuels	0
Femmes mariées, ménagères	11
Etudes	3
Activité normale	4

II. — PNEUMOTHORAX ASSOCIE A UNE INTERVENTION SUR LE NERF PHRENIQUE

Elle complète un collapsus insuffisant ou elle le remplace; une autre éventualité fréquente, il y a une dizaine d'années, est une méthode justement abandonnée lorsqu'elle suit le pneumothorax et précède la thoracoplastie. Ces 3 cas ont fourni 3 bons résultats.

OBS. 845. — J. D., 13 ans. Lésions pleuro-pulmonaires droites en 1937. Inefficacité du pneumothorax et phrénicectomie. En 1947, cultivateur; va très bien.

OBS. 866. — Nous l'avons déjà citée, page 25. Bon résultat.

OBS. 1.024. — L. V. Présente, en 1939, une infiltration des deux bases plus marquée à droite; pneumothorax droit complété par section de brides, puis phrénicectomie; ascension très forte du diaphragme. En 1947, dactylo dans une préfecture de l'Ouest.

III. — PHRENICECTOMIE ISOLEE

Sur 2 cas, 2 bons résultats.

OBS. 322. — G. V., 10 ans. Présente, en 1934, une infiltration juxta-hilaire; pneumothorax irréalisable, phrénicectomie. En 1947, est mécanicien-dentiste; pratique tous les sports.

OBS. 907. — G. L., 11 ans. Au Roc des Fiz, en 1938, pour des lésions pulmonaires accompagnées de séquelles pleurales qui rendent le pneumothorax irréalisable; atteinte péritonéale. Phrénicectomie. Le malade, encore fragile, part très amélioré. En 1947, va bien, sténo-dactylo dans un établissement de réadaptation.

IV. — PNEUMOTHORAX BILATERAL

Les pneumothorax bilatéraux *successifs* sont au nombre de 15 et fournissent un bon résultat qui contraste avec l'échec presque constant du collapsus *simultané,* pratiqué pour des lésions bilatérales graves et évolutives.

Sur 15 cas :

7 bons résultats,
0 médiocre,
1 mauvais,
2 rechutes,
5 décès.

Ouvriers manuels urbains	1
Ouvriers manuels ruraux	2
Sédentaires, employés de bureau	2
Intellectuels, professions libérales	
Femmes mariées ménagères	2
Etudes	0
Activité normale	2

OBS. 1. — S. L., 14 ans. Pneumothorax gauche de 1932 à 1936 et droit de 1934 à 1937, créés pour des lésions ulcérés évolutives. Travaille comme assistante sociale. Se marie en 1947. Vie normale.

OBS. 244. — M. N., 12 ans. En 1933, infiltration du lobe supérieur droit et de la région hilaire gauche. Pneumothorax gauche suivi un an après d'un deuxième collapsus. Quatre ans de cure, en 1938, abandon des pneumothorax. En 1941, cuisinière dans une colonie de vacances d'enfants. En 1947, mariée, mère de famille.

OBS. 767. — J. B., 13 ans. Infiltration du lobe supérieur gauche en 1937. Pneumothorax gauche inefficace, pneumothorax droit créé dans un but contro-latéral, abandonnés en 1943. En 1947, soldat, a fait la campagne d'Indochine.

OBS. 901. — S. T., 15 ans. Au Roc des Fiz, en 1938, avec des lésions du poumon. Collabé par un pneumothorax en voie de symphyse. Nécessité d'un deuxième collapsus. Quitte le Roc des Fiz encore bacillaire, pour continuer sa cure dans un sanatorium d'adultes. En 1937, elle va très bien. Mariée, un enfant.

OBS. 980. — N. G., 15 ans. En 1938, lésions ulcérées des deux sommets. Double collapsus successif. Deux ans de cure. En 1947, couturière, va très bien.

OBS. 1.211. — R. C., 13 ans. En 1940, infiltration diffuse des deux poumons ulcérés au sommet droit. Double collapsus successif. En 1947, va très bien.

OBS. 1.249. — J. G., 11 ans. Lésions ulcérées de la base droite en 1941. Pneumothorax droit symphysé par une crise de liquide ; nécessité d'un deuxième collapsus. En 1943, phrénicectomie droite de substitution. En 1944, abandon du pneumothorax gauche. En 1947, va bien, femme de ménage.

Ces bons résultats connus, résumons les observations des rechutes :

OBS. 949. — L. B., 13 ans. Entre au sanatorium à la fin de 1938, avec des lésions excavées du poumon gauche déjà collabées. Une bilatéralisation nécessite un deuxième pneumothorax. Le gauche est abandonné par symphyse et bloqué à l'huile en 1940. La malade, fille d'un cultivateur savoyard, devenu veuf, doit tenir le ménage et néglige la surveillance médicale. En 1947, les lésions évoluent à droite et l'oléothorax à gauche s'est perforé.

OBS. 1.008. — Déjà citée, p. .

Faut-il porter au bilan des rechutes l'observation suivante :

OBS. 557. — E. G., 12 ans. Entre au sanatorium en 1935, pour une importante caverne gauche déjà traitée par un pneumothorax que complète une phrénicectomie. Bilatéralisation du collapsus à

droite, en 1938. Guérison apparente. Mais, en 1944, déportation d'une durée de quatorze mois. Réapparition d'une caverne à droite. Le pneumothorax abandonné ne peut être repris. La cure au sanatorium de Forêt Noire amène une amélioration.

La remarque que nous avons déjà faite au sujet des décès dans le cas de pneumothorax unilatéral s'applique mieux encore dans ce cas. Ces 5 malades avaient des lésions si étendues et si anciennes que le pneumothorax bilatéral constituait une thérapeutique utilisée en dernière ressource et dont l'échec pouvait être prévu.

V. — ALCOOLISATION DES ESPACES INTERCOSTAUX

Cette méthode, aujourd'hui abandonnée, a donné, dans les deux cas que nous connaissons, de mauvais résultats.

OBS. 529. — A. A., 13 ans. Présente, en 1934, un gros foyer ulcéré du lobe inférieur droit, sous-plèvres symphysées. On pratique en regard des lésions, une alcoolisation des espaces intercostaux et le malade rentre chez lui amélioré. Mais l'évolution reprend, avec une dissémination intestinale et laryngée. Décès en 1937.

OBS. 505. — H. T., 12 ans. En 1934, infiltration ulcéré du lobe supérieur gauche; localisation intestinale. Pneumothorax irréalisable, alcoolisation des espaces inter-costaux et scalénotomie. Traitement inefficace, décès.

VI. — COLLAPSOTHERAPIES ASSOCIEES

Elles ont permis de s'adapter avec souplesse à des situations dont l'évolution fut variable. Nous distinguerons l'association du pneumothorax intra et extra-pleural, les résections costales localisées, la thoracoplastie.

Pneumothorax extra-pleural.

OBS. 706. — L. B., 14 ans 1/2. Au Roc des Fiz, en 1936, pour des lésions ulcérées du poumon gauche, rechute de pleurésie. Pneumothorax gauche, phrénicectomie, puis nécessité d'un deuxième collapsus à droite et création d'un pneumothorax extra-pleural à gauche, symphyse du pneumothorax droit. Dissémination des lésions. Décès en 1939.

OBS. 342. — M. C., 10 ans. Entre au sanatorium, en 1934, pour des lésions étendues aux deux champs pulmonaires. En 1935, création d'un pneumothorax gauche, peu efficace et se symphyse après une réaction pleurale. En 1936, pneumothorax droit complété par une section de brides. En 1937, à gauche, phrénicectomie, puis pneumothorax extra-pleural, qui est bloqué à l'huile. Après six ans de cure, le malade quitte l'établissement en bon état général et local. Nous le retrouvons, en 1945, docker au port de Marseille, puis, en 1947, ouvrier d'usine dans la même ville, avec une activité normale.

OBS. 853. — N. A., 10 ans. En 1937, lésions ulcéro-fibreuses du poumon droit, qui sont collabées par pneumothorax extra-pleural, puis par des résections costales antérieures localisées. En 1946, le pneumothorax droit est abandonné. En 1947, la malade travaille dans un atelier de céramique et doit bientôt se marier.

OBS. 939. — R. C., 15 ans. Arrive en 1938 avec une infiltration diffuse du poumon gauche, collabée par un pneumothorax extra-pleural symphysé. Devant la menace de bilatéralisation, on crée un deuxième pneumothorax intra-pleural, traitement efficace. En 1940, rentre chez elle. En 1941, va bien. En 1942, paratyphoïde, deux cavités apparaissent dans le poumon gauche. Décès en 1943.

OBS. 959. — M. B., 14 ans. Se présente au Roc de Fiz, en 1938, avec des lésions du poumon gauche évoluant sous-pneumothorax extra-pleural, abandonné depuis peu. Bon résultat. Mariée en 1947.

Nous voyons donc que sur ces 5 cas, nous avons obtenu :

3 bons résultats,
2 décès.

RÉSECTIONS COSTALES LOCALISÉES.

2 cas :

2 résultats médiocres.

OBS. 434. — P.-L. N. Entre au Roc des Fiz, en 1935, avec une lobite supérieure gauche ulcérée, sous-plèvres symphysées, traitée un an avec phrénicectomie et une infiltration également ulcérée du lobe supérieur droit. Un pneumothorax est créé de ce côté, en 1936 et, complété par une section de brides. En 1938, pneumothorax extra-pleural gauche qui est prématurément bloqué à l'huile. Les lésions ne s'effaçant pas complètement, on pratique en regard d'elles des résections costales localisées. Bon résultat apparent. En 1947, cette jeune fille travaille dans un centre de réadaptation comme aide-secrétaire, mais elle reste très maigre et l'inoculation des crachats reste positive.

OBS. 559. — R. C., 13 ans. Arrive au Roc des Fiz, en 1934, pour une caverne juxta-hilaire gauche de siège postérieur. Le pneumothorax n'agit pas plus que l'oléothorax. Des résections costales localisées sont pratiquées en regard de la lésion, en 1937. Le malade, apparemment guéri, mène une vie entièrement normale, mais des bacilles sont retrouvés à l'inoculation du liquide de lavage gastrique, en juin 1947.

THORACOPLASTIE.

Sur 6 cas :

3 bons résultats,
2 résultats médiocres,
1 décès.

OBS. 856. — E. B., 13 ans. Se présente, en 1937, avec une opacité homogène du lobe supérieur gauche, mais celle-ci s'excave, fournit des bacilles de Koch et justifie un pneumothorax, il est inefficace et remplacé par une thoracoplastie en trois temps — 1939-1940 —. En 1947, elle suit des études supérieures de sciences tout en s'occupant du ménage. Des bacilles avaient été constatés après tubage, en 1945, et une ostéite bacillaire du poignet était en voie de guérison.

OBS. 1.733. — M. P., 15 ans. En 1943, infiltration des deux sommets, ulcérée à droite, pneumothorax droit irréalisable, création d'un pneumothorax. Après un an et demi de cure, rentre en famille ; inoculation au cobaye négative. Il se fatigue à porter des sacs très lourds dans la boulangerie de son père et, en juillet 1943, réapparition de la caverne au sommet droit : thoracoplastie en trois temps. Après reprise d'un travail pourtant léger, nouvelle rechute à droite et bacilloscopie positive ; vingt mois de cure sanatoriale et disparition des bacilles. Travaille au centre de réadaptation de la Passerane. Reste fragile et garde de gros râles bulleux à l'auscultation du sommet droit.

OBS. 1.180. — A. G., 13 ans. Lésions ulcéro-fibreuses du poumon droit en 1940 ; pneumothorax irréalisable. Création d'un pneumothorax gauche, et thoracoplastie, en deux temps, à droite. Cavernes des sommets et pronostic très sombre.

OBS. 1.081. — D. B., 13 ans. Pleurésie droite en 1930 ; importantes lésions nodulaires des sommets en 1934 et, en 1939, vaste caverne droite. Pneumothorax irréalisable et thoracoplastie, en deux temps. En 1946, tous examens négatifs ; manipulateur dans un atelier de photographie.

OBS. 1.203. — O. C., 12 ans. Infiltration largement ulcérée du sommet gauche, pneumothorax qui est bloqué à l'huile et trois temps de thoracoplastie. En 1947, va bien ; employée de bureau chez ses parents et vie normale.

OBS. 1.493. — P. D., 10 ans. Traité en 1942 par un pneumothorax qui ne peut agir sur les lésions du lobe supérieur. Un décol-

lement extra-pleural ne peut être réalisé et deux temps de thoracoplastie sont effectués en 1942. De multiples localisations ostéo-articulaires nécessitent une cure à Odeillo, et l'héliothérapie donne un résultat remarquable ; au lieu du petit malade maigre et fragile qui nous quitte en 1943, nous le revoyons quatre ans après, devenu un bel athlète. Il suit normalement les cours d'un collège technique à Bordeaux, pour être secrétaire commercial.

Nous avons donc passé en revue les résultats éloignés de la cure sanatoriale chez les anciens malades du Roc des Fiz qui ont pu être retrouvés. A cet effet, des circulaires ont été adressées à tous ceux qui furent soignés au sanatorium et nous avons eu recours aux fiches des consultations post-sanatoriales dénommées « le Retour du Roc ».

Une seule d'entre elles fonctionne de façon régulière, celle de Paris et de la région parisienne sous la direction de la Doctoresse JAMMET. Ces examens permettent de préciser l'état pulmonaire et la situation d'un grand nombre de nos anciens malades tout en donnant, s'il y a lieu, des conseils d'ordre médical ou social. Bien entendu, une étroite liaison est établie avec le sanatorium du Roc des Fiz.

Dans les autres grandes villes de France, les renseignements ne peuvent être obtenus de façon systématique et il faut s'adresser à chaque ancien malade et à son médecin.

c) A LA SORTIE DU SANATORIUM.

L'étude de nos observations nous a montré quel rôle devaient jouer dans le maintien d'un bon résultat, la post-cure et la surveillance médicale particulièrement nécessaire dans cette période de transition. Sur ce point, il existe actuellement bien peu de réalisations efficaces et nous le traiterons de façon plus détaillée dans la troisième partie de notre étude.

TROISIEME PARTIE

QUELLES SERAIENT LES MESURES PROPRES A AMELIORER CES RESULTATS ?

Une statistique qui comporte :

86,5 % de bons résultats,
2,7 % de résultats médiocres,
3,1 % de rechutes,
7,7 % de décès,

peut être considérée comme excellente. En pratique, celle-ci n'a qu'une valeur relative, car elle compare entre elles des formes cliniques, qui, en dehors de toute intervention sanatoriale, n'ont jamais eu un pronostic comparable.

S'il est loisible de se réjouir du nombre des bons résultats, c'est plutôt celui des rechutes et des décès qui mérite de retenir l'attention.

Dans les pages précédentes, nous avons mis en lumière *le rôle du dépistage précoce.*

Chez l'enfant, il peut être actuellement effectué par deux organismes distincts : l'Inspection d'Hygiène scolaire et les services similaires et les Dispensaires de l'Office Public d'Hygiène Sociale. Le premier intervient dans le dépistage systématique scolaire proprement dit et les seconds dans le dépistage familial et social. Dans les familles qui sont mal instruites des risques de la contagion et n'ont pas l'initiative de s'adresser au méde-

cin de famille, ce second mode de dépistage s'effectue heureusement de façon obligatoire au moment de la découverte de la tuberculose chez l'un des habitants du même foyer et l'activité des Assistantes Sociales se porte de façon utile sur ce point.

Mais certains facteurs matériels nuisent au bon fonctionnement de ce service. L'installation radiologique ne permet pas toujours la prise du cliché et les examens de laboratoire manquent souvent chez un enfant qui ne crache pas.

La création d'un centre hospitalier de triage et d'observation remédierait à ces inconvénients et les frais qu'il entraînerait seraient compensés par ceux qu'il éviterait aux établissements de cure, obligés de remédier eux-mêmes aux erreurs d'aiguillage. Celles-ci sont doubles : qu'il s'agisse d'un sujet atteint de lésions ulcérées et bacillifères, indûment conservé en préventorium ou, ce qui est beaucoup plus fréquent, d'un enfant adressé en sanatorium alors qu'il relève seulement du préventorium ou de l'aérium.

En principe, certes, le médecin-directeur est juge de l'admission d'un enfant, et le dossier qui lui est préalablement envoyé, devrait permettre de parer aux erreurs de diagnostic. Mais lorsque la mention « très urgent » est portée sur ce dossier, que la radiographie fait défaut ou est illisible, que le laboratoire déclare avoir trouvé des bacilles de Koch et que les résultats de la cuti-réaction sont notés comme très positifs, le médecin ne peut alors qu'ajouter foi à ces examens et prononcer l'admission. Malgré ces affirmations, dans d'assez nombreux cas, les tests cutanés, y compris l'intra-dermo-réaction, se révèlent négatifs, les radiographies planes et en coupes optiques prises dans diverses positions ne montrent aucune lésion pulmonaire et les examens de laboratoire les plus sensibles ne décèlent pas de bacilles tuberculeux.

De grands progrès ont été accomplis au point de vue de la rapidité du placement dans les établissements de cure. Mais le règlement de la prise en charge du malade par les différents organismes, demande souvent encore un délai trop long. Sur ce point, l'initiative prise par le Docteur DOUADY, de créer pour les étudiants une Clinique de Pré-cure et un Fonds de Garantie des Envois en Cure, agit efficacement. A cet enfant qu'il est rendu nécessaire d'isoler immédiatement de sa famille et, dans tous les cas, ou celle-ci ne dispose pas de revenus nécessaires pour s'en charger dans de bonnes conditions, c'est dans un des « abris temporaires », établissement situé aux environs de Paris, que l'enfant devra attendre son admission. Il y sera mêlé aux sujets qui relèvent des services de neuro-psychiâtrie et à d'autres déficients sans possibilité réelle d'isolement.

La Sécurité Sociale, par l'intermédiaire de l'Allocation de Longue Maladie, permet, dès que celle-ci est obtenue, de couvrir entièrement les frais de cure et l'on souhaiterait que l'admission en sanatorium entraînât automatiquement l'obtention de cette assurance, ce qui n'est pas le cas actuellement.

En étudiant de près les observations des résultats médiocres, des rechutes et de certains décès, nous avons déjà remarqué que leur cause était double : manque de surveillance médicale régulière et impossibilité, soit de se réadapter à un travail normal, soit de trouver l'occupation qui conviendrait à un ancien malade. Un exemple illustrera ce premier point :

OBS. 780. — Denise R., 14 ans. Rentre dans sa famille avec un double pneumothorax après cinq ans de cure sanatoriale. Même après l'abandon de la collapsothérapie, le mariage de l'ancienne malade et la naissance d'un enfant, c'est-à-dire pendant six ans, aucune radiographie n'est prise au dispensaire qui assure la « surveillance ». Un second enfant meurt de méningite et, à la fin de 1947, une rechute se produit à droite.

D'autre part, si l'adulte qui reprend une vie normale a besoin de se réadapter à une profession déterminée, il n'en est pas de même chez l'enfant, trop jeune pour choisir et pratiquer un métier. Il s'agit donc d'une réadaptation à l'étude et au travail en général. L'orientation professionnelle pourra jouer en même temps, et une collaboration entre le médecin et le pédagogue doit permettre le choix d'un métier en rapport avec l'état du sujet, pour le plus grand bien de sa santé, de ses gains, de sa satisfaction et de son rendement envers la société.

Traçons à grands traits l'histoire d'un de ces jeunes garçons depuis le jour de son entrée au Roc des Fiz. Sur sa psychologie, Suzanne FOUCHÉ a écrit ces lignes : « L'enfant malade, c'est celui chez qui l'instinct d'expansion est brisé momentanément ou définitivement pour faire place à l'instinct de conservation qui est un instinct de l'âge adulte finissant si ce n'est de la vieillesse. C'est là qu'est toute la différence entre l'enfant malade et l'enfant bien portant : il y a changement de signe dans l'instinct vital de l'enfant ».

Tous les efforts du personnel médical soignant et éducateur, vont tendre vers deux buts, l'un plus ou moins proche, la guérison, l'autre encore éloigné, la réintégration du jeune sujet dans la société.

Dès sa sortie du lazaret qui l'a isolé pendant trois semaines, le pensionnaire du sanatorium va se trouver dans cette communauté qu'est un dortoir, elle-même divisée en équipes où l'enfant a sa place et sa fonction déterminées. Quel contraste avec le sort de l'enfant que la maladie avait isolé au milieu d'adultes, comme le fait sentir cet extrait d'une lettre : « Je suis en salle, un de 20 ans, un de 26, incurable à ce qu'il m'a dit, un de 52, un de 55 et un de 60, et moi qui fais le benjamin ».

Le visiteur, qui aperçoit de loin un sanatorium d'adultes, lui prête souvent une tristesse qu'il n'a pas; mais cette impression est plus vive encore si ces mala-

des, allongés sur la terrasse, sont des enfants. Il semble que le besoin de liberté, les cris et les rires, s'associent mal à un régime de vie strict et à la discipline des cures de silence. Mais l'étranger se rend vite compte que l'enfant sait se créer un monde personnel, dans lequel il vit à l'aise, tout aussi bien à 1.200 mètres d'altitude, au milieu des neiges, que dans un immeuble parisien, si on lui fournit les éléments et le « climat » nécessaires.

Une fille de 14 ans, à la suite de son transfert dans un sanatorium d'adultes, écrivit ces lignes naïves, mais qui évoquent bien la mentalité de la plupart des jeunes malades : « On est plus en liberté, mais moins en famille; au Roc on s'amusait ensemble, mais ici chacune a son petit jeu ».

En même temps qu'il est examiné au point de vue pulmonaire et général, notre jeune garçon est confié au médecin-assistant qui en étudie le psychisme. On détermine l'âge mental d'abord par une série de tests, dont celui de Fry, qui utilise un dessin libre sur le thème d'une femme se promenant sous la pluie, le comportement et les tendances sont étudiés par le test de Rorschach et cette interprétation des taches colorées se révèle, entre des mains expertes, comme très riche en enseignements.

Cette période initiale d'observation et de repos étant close, commence la reprise du travail scolaire, variable avec chaque sujet, se modelant sur les modifications de l'état de santé, toujours limité et progressif. N'oublions pas, en effet, que si l'enseignement au sanatorium n'est pas astreint à la contrainte des programmes et examens ni à la surveillance des parents, il est, par contre, grevé par plusieurs éléments : arrivée des enfants à n'importe quel moment de l'année scolaire et ignorance de la durée de la cure, qui interdisent tout programme suivi et complet, temps très limité dont

dispose l'éducateur, interruption fréquente de l'enseignement par des incidents de santé, etc...

Il suffit de considérer les lacunes incroyables de l'instruction des jeunes tuberculeux, qu'ils aient 8 ou 13 ans, conséquence d'un milieu familial instable, ou de l'arrêt prolongé de la scolarité, pour voir qu'un effort visant seulement la guérison des lésions pulmonaires et négligeant l'épanouissement intellectuel et moral, serait bien incomplet.

Il y a une dizaine d'années, le médecin-directeur du Roc des Fiz pouvait recevoir cette lettre : « C'est terrible, je vais avoir 19 ans, je ne suis qu'en seconde. Il est heureux que personne ne me donne cet âge, car j'aurais extrêmement honte, bien qu'après tout ce ne soit pas de ma faute quand je pense aux années perdues... ».

Actuellement, un éducateur et une éducatrice se partagent la tâche de donner à chaque enfant une instruction appropriée. Et si nous disons éducateur, au lieu de professeur, c'est que cette tâche n'est pas, en effet, limitée au seul travail scolaire, mais elle englobe la formation du caractère et toutes les activités de la vie d'équipe. L'enfant ne connaîtra donc jamais cette ambiance d'oisiveté et de paresse, si déprimante et si grave pour la reprise future de son activité.

Variant de la classe enfantine à la préparation du baccalauréat, souvent interrompu par un épisode fébrile ou une intervention chirurgicale, cet enseignement est d'une réalisation difficile, de résultats nécessairement incomplets. Il n'est pas question de préparer tel examen ou concours, mais d'apprendre les rudiments, de perfectionner les connaissances et surtout de développer les mécanismes intellectuels grâce auxquels l'ancien malade rattrapera bientôt son retard scolaire pour être souvent dans les premiers de sa classe, comme l'expérience le montre.

Si toutes les maisons de cure possédaient l'organisation nécessaire pour arriver à un tel résultat, une étape importante serait franchie.

Revenons à notre jeune sujet : examiné, traité, testé, il est maintenant intégré dans la communauté et un travail dosé selon sa résistance lui permet, dans la mesure du possible, de se rapprocher du niveau scolaire d'un enfant sain du même âge. S'il est âgé d'une dizaine d'années, aucun problème ne se pose encore, mais s'il approche de l'adolescence, s'il appartient à un milieu ouvrier dans lequel la mise en apprentissage est précoce, il a déjà ses idées, ou celles de ses parents, sur son futur métier. Que celui-ci ne soit plus adapté à son état de tuberculeux, quelle solution pouvons-nous adopter ? Ou bien encore et c'est peut-être le cas le plus fréquent, s'il n'a pas envisagé une direction précise, comment la lui donner ?

La notion d'orientation professionnelle vient immédiatement à l'esprit et c'est là, en effet, le nœud du problème. Que répondre à ce garçon qui nous écrit ces lignes : « Une chose cependant me pesait, c'était de ne pouvoir trouver un travail adapté à ma santé et bien des fois j'avais mauvais moral, ne pouvoir faire comme tout le monde m'était pénible, alors que j'avais vingt ans ».

La conséquence d'une telle inadaptation sociale est grave et, non pas seulement au point de vue médical. Dans une thèse remarquable de doctorat en droit, G. Mazo (1) rappelle cette constatation du Docteur Paul-Boncour : « 70 % des mineurs délinquants observés par lui n'ont pas reçu de formation professionnelle méthodique, 11 % ont été dirigés vers une occupation manifestement au-dessus de leurs possibilités psychi-

(1) Le Centre d'Observation et la Loi du 22 juillet 1942 relative à l'enfance délinquante.

ques, 19 % seulement ont exercé un métier avec méthode ».

Et c'est pourquoi un véritable centre de pré-apprentissage, où la reprise de contact avec les activités multiples de la vie quotidienne s'associant au travail manuel, permettant de connaître les aptitudes du sujet en fonction de son état physique, intellectuel et moral, trouverait sa place au dernier stade de cette organisation. Ce projet, heureusement mis au point par le Docteur Lowys, ne put aboutir, par suite de considérations indépendantes de la volonté.

L'expérience de Rollier, à Leysin, pour les tuberculeux osseux, celle du village de Papworth, en Angleterre, celle de Parodi, à Milan, à la station de Camerlata, ont montré l'intérêt de cette réadaptation. Sous le strict contrôle nécessaire et dans le sanatorium même, le phtisiologue italien surveille la réadaptation de ses malades et, il y a, entre les deux services, homogénéité et interpénétration complète du personnel médical. Par exemple, chaque assistant doit, sur ses deux années de séjour, consacrer un semestre à la réadaptation.

Ce type d'organisation pourrait être comparé à une ligne : brisée à son départ pour marquer la rupture brusque et nécessaire avec le milieu et les conditions de vie qui ont favorisé la tuberculose, elle se termine selon une pente douce, qui mène insensiblement de la cure proprement dite, à la reprise du travail.

A ces arguments, d'ordre psychologique et social, on peut en ajouter d'autres, plus convaincants encore. « Il résulte de certaines enquêtes des assurances sociales, qu'au bout d'un an, un tiers des malades sortant de sanatorium, malgré le bon résultat obtenu, reçoivent encore sous une forme quelconque un secours. 13 % restent des chômeurs involontaires, car les employeurs ne veulent pas d'eux. Ceux qui retravaillent font, au bout d'un an, des rechutes dans la proportion de 20 %

et redeviennent de nouveau des assistés... La post-cure est moins onéreuse que le sanatorium, c'est une expérience qui paie »; tel est le bilan que nous empruntons encore à Suzanne FOUCHÉ.

Mais puisqu'il s'agit pour l'adolescent d'un choix et, non plus d'une réadaptation à un métier déterminé, il serait tentant de faire, comme l'indique J. LECLERCQ, dans l'article déjà cité : « Une étude méthodique des métiers possibles, selon la forme clinique de la consolidation, suivant les aptitudes psycho-physiologiques des divers types de malades et leurs réactions devant la maladie ».

Des travaux ont déjà été effectués à ce sujet. Leurs résultats sont encore partiels et peu concordants. FOURESTIER et DELLA TORRE (1) ont cherché à apprécier « le risque tuberculeux professionnel ». Les plus touchés seraient, dans l'ordre décroissant, les manutentionnaires, manœuvres et employés de bureau; les moins touchés, ceux qui appartiennent à l'agriculture, aux industries de la forêt et des produits chimiques.

Mais faut-il en conclure qu'un tuberculeux stabilisé suivrait la même filière ?

Notre enquête n'a pas porté sur un assez grand nombre de cas pour pouvoir obtenir des conclusions péremptoires et s'il est, de toute évidence, que le métier de cantonnier et de docker qu'exerce un porteur de pneumothorax bilatéral est peu adapté à son état, vaut-il mieux lui conseiller celui de coiffeur ou de comptable ?

Revenons à notre pensionnaire le jour de sa sortie du sanatorium. Son bon état général, la disparition ou la stabilisation de ses lésions lui permettent de regarder l'avenir avec espoir. Quelles sont donc les voies qui s'ouvrent devant lui ?

---

(1) Le « Progrès Médical » du 10 janvier 1945.

S'il n'a pas atteint l'âge de 14 ans ou s'il passe par l'enseignement secondaire, ce sera simplement l'école, mais ses anciens camarades l'ont déjà dépassé, il va donc se trouver dans une classe d'élèves beaucoup plus jeunes que lui. Il reprendra avec difficulté le rythme des devoirs et des leçons, les trajets peut-être longs et les repas pris à la hâte entre la sortie à midi et la rentrée à deux heures ou même une heure et demie. Si c'est un élève consciencieux et d'intelligence très ouverte, qui a su profiter de l'enseignement au sanatorium, à condition que son état ne l'en ait pas trop fréquemment détourné, il rattrapera le temps perdu au prix d'un grand effort. Sinon, et qui pourrait l'en blâmer, ce sera un élève médiocre, timide et s'adaptant mal à sa nouvelle vie.

Si nous le supposons plus âgé, appartenant à un milieu dont les conditions de vie exigent une mise en apprentissage précoce, la solution est plus brutale encore, c'est la rentrée dans la lutte pour le pain quotidien, le travail sans autre détente que le « congé payé », le risque d'une rechute.

Il fut une période où l'on cherchait à placer ces sujets dans une maison de convalescence, un préventorium ou un aérium. C'est une pratique contre laquelle on ne saurait trop s'élever. D'ailleurs, des règlements très stricts, tels le décret du 20 août 1946, délimitent la catégorie de sujets qui doivent être admis dans ces établissements et aucun d'entre eux ne sont habilités à recevoir des tuberculeux convalescents sortant du sanatorium.

C'est pour eux que la création de maisons de postcure s'avère absolument nécessaire, et l'organisation de celles-ci est liée à la nécessité de la réadaptation au travail.

Une enquête auprès des différents organismes qui nous paraissaient susceptibles d'être intéressés par ces

questions de réadaptation au travail, nous a donné les résultats suivants :

Le Ministère du Travail — Service de la Direction Départementale pour le reclassement professionnel — 104, rue Jouffroy, ne s'occupe en principe que des sujets bien portants. Ceux-ci peuvent entrer dans des Centres de Formation Professionnelle Accélérée, actuellement au nombre de 39 dans la région parisienne, après un examen psycho-technique.

Mais l'âge minimum d'admission est de 17 ans. En pratique, de nombreux sujets dont la capacité de travail est diminuée par des séquelles de poliomyélite, des amputations accidentelles, parfois des troubles épileptiques, s'y rencontrent, faute de services spécialisés pour les accueillir, mais rien n'est prévu pour la réadaptation sous contrôle médical d'un jeune tuberculeux stabilisé.

Un centre d'un autre type, celui-là spécialement réservé aux femmes tuberculeuses à partir de 18 ans, est sur le point de s'ouvrir à Paris, sous l'égide de ce même ministère. On y enseignera la sténo-dactylographie et le stage durera un an au lieu de six mois, comme dans les centres que nous venons de citer. Sur la base de 40 heures par semaine, 4 heures par jour seront réservées au travail et 4 heures au repos. Ces 4 heures de travail seront payées au tarif du salaire horaire de manœuvre dans la région parisienne, c'est-à-dire actuellement 52 fr. 50. Pour les autres heures, un salaire compensateur est versé par la Sécurité Sociale.

Les Services de l'Orientation Professionnelle, 41, rue Gay-Lussac, n'ont pas de section spéciale pour la catégorie que nous envisageons. L'adolescent passerait par les épreuves habituelles, c'est-à-dire : les tests de niveau mental, l'examen psycho-moteurs et, enfin, l'orientation. Celle-ci l'amènerait à entrer dans une classe de perfectionnement scolaire, trop souvent

encombrée par des débiles mentaux, ou dans une école de bijouterie, horlogerie, T. S. F., etc... Mais, une fois encore, celles-ci ont été créées pour des enfants physiquement bien portants et l'entrée du tuberculeux nouvellement stabilisé ne peut être qu'une solution provisoire.

Les nouveaux centres de vannerie et de couture, récemment créés par l'Office Public d'Hygiène Sociale ne peuvent pas non plus répondre à notre attente, puisqu'ils ne s'adressent qu'aux adultes des deux sexes.

De même que les belles réalisations du Centre de la rue de la Verrerie, dont l'organisation pourra nous servir d'exemple.

Ce bref tableau des conditions actuelles nous permet de mesurer le travail à accomplir. Comment résoudre le problème ? En deux étapes semble-t-il et en tenant compte de cette observation valable pour l'enfant comme pour l'adulte : « Il n'en reste pas moins certain que cette période de réacclimatation urbaine sera mieux supportée et moins longue si le malade a été réadapté au sanatorium ou à côté du sanatorium, l'expérience nous montre qu'elle est absolument indispensable » (1).

De cette première étape : le réentraînement à l'effort intellectuel, au travail scolaire proprement dit, dont nous avons déjà parlé plus haut, nul ne conteste l'utilité.

Comme l'adulte, l'esprit d'inaction et plus encore l'ignorance de ce qui se passe dans le monde peuvent être évités, en plus des classes proprement dites, par des causeries, des séances de projection, de cinéma, des lectures appropriées de livres, journaux et revues. Nous avons pu enregistrer avec satisfaction des propositions spontanées d'anciens pensionnaires du Roc des Fiz qui

---

(1) A propos de la réadaptation. P. Lafosse et I. Langle. *Revue de la Tuberculose*, tome 11, n° 11-12, 1947.

s'offrent à correspondre avec des malades en fin de cure, même à leur rendre visite le cas échéant. La réadaptation à l'effort physique n'est pas moins nécessaire et le rapport présenté par le Docteur Lowys, en mai 1946, à l'Office Public d'Hygiène Sociale, en a parfaitement exposé les données : entraînement prudent et contrôlé qui réduit peu à peu la durée des cures de repos et augmente celle des promenades en faisant appel exceptionnellement aux sports.

La pratique des premières notions du travail manuel y contribue aussi de façon efficace et, un grand atelier avec l'outillage approprié, permettra d'enseigner les premiers éléments de menuiserie ou de reliure, etc...

Telles sont les possibilités sur le plan strictement sanatorial. Faute de place, de crédits et d'organisation, elles sont loin d'être actuellement exploitées. Mais elles répondraient à la première exigence formulée plus haut et prépareraient l'entrée dans le véritable Centre de Réadaptation, qui est en même temps le Centre de Post-Cure.

La dispersion en France des sanatoriums pour enfants tuberculeux pulmonaires et le nombre restreint de lits qu'ils comportent chacun, ne permettent pas de l'envisager dans une station de cure particulière et il semble donc que la proximité d'un grand centre urbain offrirait beaucoup d'avantages. Débouchés plus faciles, transports de matériel, cadres plus aisément recrutés.

Précisons d'abord son but : donner au sujet choisi la connaissance du métier le mieux approprié à ses aptitudes physiques et intellectuelles, diminuées ou insuffisamment développées. Ce qui signifie que tout adolescent sortant de sanatorium ne passera pas obligatoirement par ce centre, soit que son atteinte ait été si légère qu'elle n'ait pas diminué sa capacité de travail, soit qu'il ait la possibilité de suppléer par un travail personnel assez poussé à ses lacunes, soit encore

que la nécessité de gagner sa vie ne s'impose pas immédiatement à lui.

Ce centre serait donc ouvert aux sujets féminins et masculins âgés de 14 à 21 ans — les séparations nécessaires étant affaire d'organisation intérieure — sortant de sanatorium, quel que soit le type de traitement pratiqué, à condition qu'ils répondent aux conditions suivantes : bon état général, disparition des symptômes fonctionnels, stabilisation des signes stéthacoustiques et radiologiques, examens bactériologiques négatifs depuis au moins trois mois.

Un service médical réduit mais efficace serait donc nécessaire, il permettrait la radioscopie et la pratique des insufflations.

Le programme des études comporterait deux parties :

1) une partie scolaire proprement dite,

2) une partie technique.

L'enseignement se divisera en plusieurs sections, selon l'âge et le niveau intellectuel du sujet. La première sera le certificat d'études primaires, minimum indispensable, que sont loin d'atteindre de nombreux enfants sortant d'un établissement de cure, puis un échelon moyen et peut-être un échelon supérieur dont le niveau correspondra à celui des écoles professionnelles habituelles.

L'enseignement technique comportera, lui aussi, des degrés, l'apprentissage proprement dit et l'exercice du métier. Chaque sujet suivra obligatoirement ces deux enseignements, mais la souplesse de leur articulation sera telle qu'un retard dans l'un n'entraînera pas le même retard dans l'autre, le problème étant d'harmoniser les deux par un nivellement par le haut.

Innombrables sont les métiers paraissant convenir aux anciens tuberculeux et des listes très complètes

et très soigneusement étudiées en ont été faites. Mais il ne s'agit plus ici de bricolage, le travail productif, c'est-à-dire le minimum d'effort physique pour le maximum de gain est le but à atteindre. Si un tuberculeux de 50 ans, chronique, peut mener avec goût une vie calme en exerçant un petit métier du type artisanal qui demande beaucoup de soins et de patience, il n'en est plus de même pour un garçon de 16 ou 18 ans.

Il semble donc que, dans chaque centre, la solution d'un éparpillement en de multiples formations différentes pourrait être remplacée par quelques disciplines plus générales.

L'étude des métiers qu'exercent les anciens malades du Roc des Fiz, nous a montré les tendances suivantes :

Les filles choisissent la sténo-dactylographie, puis la couture.

Les garçons sont tourneurs sur métaux, maçons, et ingénieurs, quand ils le peuvent.

Le choix de ces deux professions féminines n'offre pas, de prime abord, d'inconvénients pour d'anciennes tuberculeuses et, l'enseignement, dans ces deux branches, n'offre que peu de difficultés au point de vue locaux et matériel.

Pour les garçons, le problème est plus complexe. Les grosses dépenses de matériel qu'entraîne l'installation d'un atelier de type quelconque, ne permettent, pour un effectif relativement réduit, qu'une seule orientation. L'étude des Centres de Formation Professionnelle Accélérée qui fonctionnent actuellement pour les adultes, peuvent nous permettre de choisir à bon escient, en étudiant de près l'effort fourni par un sujet sain. Les centres collectifs des métaux nous offrent les ateliers d'ajustage, tournage, fraisage, mécanique, forge, soudure, etc...

Ceux du bâtiment, le briquetage, plâtrerie, terrasse, boisage, coffrage, peinture, charpente, etc...

Puis les centres de chaussure, maroquinerie, jardinage, etc...

Il est évident que ce choix demanderait une étude approfondie des conditions de travail, par rapport à la diminution physique du tuberculeux et aussi des débouchés.

La saturation des marchés risquant de se produire plus rapidement dans la vannerie et la maroquinerie par exemple, que dans le bâtiment.

Le choix d'un enseignement précis et limité aurait aussi l'avantage d'assurer une homogénéité des équipes et, peut-être, pourrait assurer, comme en Russie, la « surqualification » des tuberculeux dans leur branche. On pourrait aussi envisager un centre rural : l'arboriculture ou l'aviculture, par exemple, étant susceptibles d'un bon rendement avec les méthodes appropriées (1).

Quant au problème des cadres, il serait résolu par l'affectation au centre des instituteurs et professeurs anciens malades eux-mêmes, connaissant par leur expérience personnelle, la mentalité de leurs élèves. Ils seraient doublés par des moniteurs technique et ce serait le rôle du C. E. L. E. S. C. (centre pour le développement de l'enseignement et de la lecture dans les établissements de sain et de cure) qui fonctionne au Ministère de l'E. N., de régler cette importante question.

La durée des études pourra varier entre 6 mois et 2 ans, selon l'état du sujet. Il serait d'une part, contraire au but de « réadaptation », de vouloir les accélérer au maximum et, d'autre part, l'acquisition d'une compétence ou même de solides notions de base, demande, chez des sujets diminués dans leur capacité

---

(1) Rapport du Docteur Courcoux présenté à la Commission de la Tuberculose.

de travail et d'attention, une période suffisamment longue.

Il nous reste à envisager une question primordiale, celle du financement d'un tel centre. Il a été réglé par *l'article* 12 *de l'ordonnance du* 31 *octobre* 1945, *relative à l'organisation et au fonctionnement de la lutte antituberculeuse.* Ce serait faire preuve d'un grand optimisme que d'entrevoir la possibilité d'un équilibre financier. Si le principe du travail à mi-temps, avec un salaire compensateur, est accepté pour un adulte dont les produits du travail sont immédiatement commercialisables, il ne peut être appliqué sur la même échelle à un adolescent en apprentissage. Le stimulant du gain est cependant nécessaire et on devra envisager un système de rémunération progressivement croissante sans tomber dans un « stakkanovisme » qui pourrait être dangereux pour la santé du sujet.

Telle pourrait être, dans ses grandes lignes, l'organisation d'un Centre de Réadaptation au Travail des adolescents sortant de sanatorium.

Leur âge, leurs possibilités, l'avenir qu'ils représentent, ne permettent pas d'élucider le problème et il serait bon d'en réunir les éléments en une heureuse synthèse : « Il y a trois fils qu'il faut tisser ensemble, l'individuel, le social et le familial, mais le familial est un peu pourri, le social est plein de nœuds, alors on tisse l'individuel seulement. Et l'on s'étonne de n'avoir fait que de l'ouvrage de dames artificiel et fragile ».

Cette comparaison, empruntée à DELIGNY, n'explique-t-elle pas l'inefficacité de beaucoup d'efforts généreux ?

CONCLUSIONS

1°. — Les résultats éloignés de la cure sanatoriale ont été étudiés chez des enfants atteints de tuberculose pulmonaire, qui furent soignés au Roc des Fiz, de 1932 à 1944; leur âge variait de 5 à 15 ans, le recrutement comprenait à moitié garçons et filles et les formes de maladies étaient variées : 450 cas ont été ainsi retenus.

2°. — Elles ont été groupées, pour la commodité de l'exposé, en formes pleurales (et pleuro-pulmonaires), ganglionnaires (et ganglio-pulmonaires), pulmonaires, celles-ci se subdivisent en opacités homogènes et étendues, petits infiltrats, cavernes isolées, formes fibro-caséeuses, fibro-calcifiantes et nodulaires.

Pleurésie, complexe ganglio-pulmonaire, épi-tuberculose, petits infiltrats ne sont pas sujets à déterminer une rechute ultérieure, lorsque le malade a été soumis à une cure rigoureuse et prolongée. L'évolution des formes fibro-caséeuses dépend de l'unitéralité des lésions, donc de la précocité du dépistage et de l'adaptation propre à chaque cas de collapsothérapie. Le pneumothorax unilatéral et bilatéral successif donnent de très bons résultats. L'alcoolisation des espaces inter-costaux est inefficace. Les résections costales localisées donnent des résultats incomplets et ne garantissent pas l'avenir. Les résultats éloignés de la thoracoplastie ne sont pas entièrement satisfaisants, le pneumothorax

extra-pleural lui semble préférable dans l'état actuel de nos connaissances.

3°. — On s'efforce ensuite de rechercher les différents facteurs qui influencent ces résultats de la cure sanatoriale chez l'enfant. Avant l'arrivée au sanatorium, interviennent essentiellement le dépistage précoce et l'établissement d'un exact diagnostic; les conditions sociales ne semblent jouer qu'un rôle effacé. A l'arrivée au sanatorium, on ne peut accorder une grande importance au sexe et à l'âge, ainsi qu'à la durée de la cure; par contre, les collapsothérapies, judicieusement appliquées, conditionnent évidemment le bon résultat immédiat dont dépend l'avenir.

4. — La statistique globale fournit 86 % de bons résultats, ce qui constitue une proportion encourageante. Mais elle pourrait être meilleure encore, étant donné qu'elle englobe les formes bénignes et spontanément curables, ainsi que les formes graves.

Nous soulignons à nouveau l'utilité du dépistage précoce et d'un bon diagnostic, pour éviter qu'arrivent au sanatorium des malades qui se sont aggravés et que l'établissement de cure soit transformé en centre de triage; un tel service devrait être organisé de façon systématique. D'autre part, il arrive trop souvent que le convalescent de tuberculose passe directement du sanatorium dans sa famille, où les conditions de vie sont loin d'être bonnes et il en résulte des rechutes qu'une réadaptation progressive, ainsi qu'une surveillance médicale régulière, auraient évitées en grande partie.

5°. — En conclusion, nous dirons que soigner l'enfant tuberculeux en sanatorium est bien, mais qu'il serait mieux encore de voir arriver au sanatorium, et dans le plus bref délai, les seuls sujets qui relèvent strictement de cette maison de cure, à l'exclusion des phtisiques et des enfants justiciables du préventorium ou de l'aérium, d'une part, et, d'autre part, de réaliser

dans la majorité des cas, le réentraînement progressif, puis la réadaptation au travail, qui consolident les résultats obtenus et garantissent l'avenir.

Centre de triage, sanatorium, centre de réadaptation au travail, trois étapes nécessairement liées. Les points de vue médical et social se complètent et les heureux résultats obtenus par la pré-cure et la post-cure chez les étudiants, justifient l'organisation de telles mesures pour l'enfant tuberculeux.

De toutes les tâches de la Reconstruction, celle-ci, pour n'être pas la plus spectaculaire, n'en est pas moins urgente, car elle rendra à la société des éléments dont nous ne pouvons nous permettre de négliger ni le nombre ni la valeur.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de thèse :
DEBRE

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

Archives de Médecine Sociale, n° 9, 1943.

Documents Economie et Humanisme : Une politique de l'Habitat.

Enfance et Santé (Cahier n° 1).

Mazo (G.). — Le Centre d'observation et la loi du 22 juillet 1942 relative à l'enfance délinquante. (*Thèse de Doctorat en Droit*).

Le Progrès Médical, 10 Janvier 1945.

Revue de la Tuberculose, 1947.

Lowys (Professeur). — Manuel de phtisiologie infantile.

Imprimerie
R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
PARIS (XIVe)